

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

N° 106

ANNÉE 1920-1921

DE LA NÉVRALGIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

au cours de
la Tuberculose Pleuro-Pulmonaire
du Sommet

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le mercredi 13 Juillet 1921

par

François MESSINES

né le 10 Mai 1874 à Lafitte (Lot-Garonne).

Examineurs de la Thèse

}	MM. VERGER, professeur	Président
	BERGONIÉ, professeur	Juges.
	LEURET, agrégé	
	RÉCHOU, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1921



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

N° 106

ANNÉE 1920-1921

DE LA NÉVRALGIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

au cours de
la Tuberculose Pleuro - Pulmonaire
du Sommet

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le mercredi 13 Juillet 1921

par

François MESSINES

né le 10 Mai 1874 à Lafitte (Lot-Garonne).

Examineurs de la Thèse

{	MM. VERGER, professeur	Président
	BERGONIÉ, professeur	Juges.
	LEURET, agrégé	
	RÉCHOU, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

PROFESSEURS

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Zoologie et parasitolog.	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Cliniq. ophtalmologique.	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale in-	
Pathologie et thérapeuti-		fantile orthopédie....	DENUCE.
que générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique..	BEGUIN.
Cliniq. d'accouchements.	RIVIERE.	Clinique médicale des	
Anatomie pathologique..	SABRAZES.	maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie	PICQUÉ (Chargé).	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et		Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
histologie	G. DUBREUILH.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad.cut-	
Hygiène	AUCHE.	nées et syphilitiques..	W. DUBREUILH.
Médecine légale.....	VERGER.	Clinique des maladies	
Physique biolog. et Cli-		des voies urinaires... Pousson.	
niq. d'électric. médic.	BERGONIE.	Clinique psychiatrique..	ABADIE.
Chimie	CHELLE.	Clinique d'Oto-Rhino-	
Botanique et matière		Laryngologie	MOURE.
médicale	BEILLE.	Toxicologie	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	PRINCETEAU.		DUPERIE.
Anatom. et embryologie.	PICQUE.	Médecine générale.....	CREYX.
	N...		N...
Histologie	LACOSTE (chargé)	Maladies mentales....	PERRENS.
Physiologie	DELAUNAY.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé)		GUYOT.
naturelles	N...	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Physiq. biolog. et médic.	RECHOU.		DUVERGEY.
Chimie biolog. et médic.	N...		PAPIN.
Anatomie pathologique..	MURATET.	Obstétrique	PERY.
	PETGES.		FAUGERE.
Médecine générale.....	CARLES (J.).	Ophtalmologie	TEULIERES.
	MAURIA.		LABAT.
	LEURET.	Pharmacie	N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	FAUGERE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de Toxicologie et Hygiène appliquée..	N...
Cours complémentaire d'Analyse chimique qualit. et quantit...	N...
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharmac.	LABAT.
Cours complémentaire de Microbiologie	N...
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	MAURIA.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	GUYOT.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA VAILLANTE COMPAGNE DE MA VIE

A MES ENFANTS :

HELENE, JACQUES, ROGER, MAURICE, YVES

A MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI VERGER

DE LA NÉVRALGIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

au cours de
la Tuberculose Pleuro-Pulmonaire
du Sommet

INTRODUCTION

« Il faut bien reconnaître, écrivait en 1917 le Professeur Raymond, qu'on ne songe guère à ausculter un malade se plaignant d'une simple névralgie et dont la santé semble florissante. Et pourtant les cas sont plus fréquents qu'on ne serait tenté de le croire dans lesquels les nerfs imprégnés de toxines et réagissant contre elles, « poussent un cri de souffrance pour réclamer un sang plus généreux » (1).

Dès 1861, Beau avait décrit une douleur, tantôt spontanée, tantôt provoquée, toujours exaspérée par la pression des espaces intercostaux supérieurs, et qui retentit dans la région sus-claviculaire et dans tout le membre supérieur. « Quand vous constatarez cette douleur, conseillait-il, quand même il n'y aurait ni toux ni expectoration caractéristiques, vous devez songer à la possibilité de la tuberculisation » (2). Et depuis, Perroud, Hahn, Leudet, Altemaire, Joffroy, Klippel, Pitres et Vaillard, Brissaud, Marie, Babinski, Grasset, Dejérine, Carrière, et d'autres, ont étudié ces désordres sensitivo-moteurs, abordé ou résolu le

(1) Raymond, « Progrès Médical », Paris, 1917, p. 147.

(2) Beau, « Gazette des Hôpitaux de Paris », 1861, p. 329.

problème de leur origine, centrale, médullaire ou périphérique et précisé la part qui, dans les altérations reconnues des cordons nerveux, revient à l'action locale des produits microbiens.

Les névrites multiples, qui, chez les tuberculeux anciens, atteignent indistinctement et inégalement un nombre variable de troncs ou de filets nerveux, ont été l'objet de recherches et de travaux particulièrement importants : l'examen histologique, après autopsie, permit de reconnaître des lésions parenchymateuses des nerfs alors que les centres et les racines rachidiennes étaient indemnes et de conclure à l'origine périphérique de la polynévrite tuberculeuse.

Au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet, le membre supérieur est atteint parfois de douleurs névralgiques, de paralysie légère et transitoire, de quelques troubles trophiques. Il nous a paru utile de recueillir quelques faits de cette espèce, de les étudier, de les présenter, et de nous demander si les symptômes analysés, traducteurs indéniables d'altérations nerveuses, relevaient seulement et directement de l'action locale des toxines secrétées par le bacille de Koch.

Le projet de cette étude date de 1918, d'une visite faite au Centre Neurologique de la II^e armée. M. le Professeur A. Léri en était le médecin-chef et M. le Docteur Molin de Teyssieu, qui avait eu l'amabilité de nous inviter, l'un des médecins traitants. Leur très cordial accueil, leur aide si empressée dans l'examen de quelques malades, les communications des notes et documents firent de cette rencontre une agréable et très suggestive leçon, dont le souvenir devait plus tard orienter l'étudiant dans le choix d'un sujet de thèse.

Des observations par eux recueillies, inédites ou publiées, peut-être aurions-nous pu nous borner à consigner les résultats. Il nous parut opportun — et digne de la bienveillance témoignée — d'essayer de retrouver dans la vie civile les faits signalés en milieu militaire, d'interroger le passé et le présent immédiat, les livres et l'expérience de quelques-uns de nos maîtres : une double enquête, longtemps différée, souvent interrompue, et qu'il nous faut clore provisoirement, à la manière du moissonneur, pressé,

en pleine moisson, de moudre un peu de son grain.

Que nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Bordeaux daignent accepter, avec nos regrets de n'avoir pu faire mieux, l'hommage de notre gratitude et pour l'enseignement reçu et pour les marques d'intérêt multipliées. Qu'il me soit permis de nommer MM. Pitres, Moussous, Petges, Martin du Magny, Mauriac.

M. le Professeur Leuret a bien voulu nous donner libre accès dans son service, au Sanatorium de Pessac. M. le Docteur Grenier de Cardenal nous a communiqué une observation particulièrement précieuse : un cordial et reconnaissant merci.

Après nous avoir manifesté beaucoup de sympathie pendant nos études, Monsieur le Professeur H. Verger a guidé nos efforts: il préside l'épreuve finale: qu'il soit assuré de notre vive gratitude.



CHAPITRE PREMIER

LES FAITS

Voici 8 observations récentes auxquelles nous croyons utile d'ajouter, à titre documentaire, et parce qu'elles les éclairent et les corroborent, les constatations faites et publiées par Dreyfous, Marfan, Bompar, Long et Roch :

OBSERVATION I (LÉRI et DE TEYSSIEU)

(*Bull. et Mém. Hôp. Paris*, 31 décembre 1917)

Douleurs à l'épaule gauche, s'irradiant vers le cou et le membre supérieur gauche; effacement des creux sus et sous-claviculaires. — Hypoesthésie en bande au bord externe du pouce et avant-bras. — Hypoexcitabilité des muscles. — Submatité des deux sommets, surtout à gauche.

D..., 40 ans, caissier; le 15 juillet 1917, au réveil, il éprouve une sensation d'engourdissement dans l'épaule gauche et une gêne telle qu'il lui est impossible d'élever le bras. Ces troubles s'atténuent au bout de 4 ou 5 jours : il reprend son service.

Le 20 août, au réveil, brusquement, crise de douleurs violentes au moignon de l'épaule gauche, douleurs qui s'irradient vers le trapèze, le peaucier, le sterno-cléido-mastoïdien. Jusqu'à l'entrée du malade au Centre, jusqu'au 28 août, ces crises se sont renouvelées deux ou trois fois par jour et duraient deux ou trois heures. Les douleurs lui donnaient la sensation « d'une vrille pénétrant dans

les chairs » et s'irradiaient dans le bras, la partie externe de l'avant-bras et le pouce gauches.

A l'examen, le bras gauche pend le long du corps, le moignon de l'épaule est un peu aplati et abaissé. *Les creux sus et sous-claviculaires gauches sont effacés et remplacés par de véritables voussures* : la saillie de la clavicule a disparu (1). Pression douloureuse au niveau du point d'Erb et un peu en arrière et en dehors. Tiraillement dans le membre supérieur gauche quand le malade penche la tête à droite.

Les mouvements du bras en haut, en avant et en arrière sont possibles : ils s'effectuent péniblement avec une force notablement diminuée. L'abduction du pouce est limitée. Les réflexes tendineux du membre supérieur gauche sont plus faibles que ceux du côté droit.

Le long du bord externe du pouce et de l'avant-bras, très légère hypoesthésie en bande. Hypoexcitabilité de tous les muscles. Pas de troubles oculo-pupillaires, pas de rétrécissement de la fente palpébrale.

Sur la partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien gauche, on sent nettement une chaîne transversale de deux ou trois ganglions : un petit ganglion analogue à droite.

Submatité très nette des sommets, surtout à gauche; respiration rude aux deux sommets.

A la radiographie, obscurité des deux sommets.

Les phénomènes parétiques disparaissent après quelques semaines : les crises douloureuses diminuent de fréquence et d'intensité, mais leur durée augmente.

OBSERVATION II (LÉRI et DE TEYSSIEU, op. cit.)

Fourmillements du membre supérieur gauche; douleurs, impotence, réflexes abolis, hypoexcitabilité des muscles, effacement des creux sus et sous-claviculaires, ganglions, submatité des deux sommets.

L..., 29 ans, cultivateur. Dans l'après-midi du 29 août 1917, alors qu'il était à la côte 304, a été pris brusquement de fourmillements

(1) Voir Photo hors-texte, pages 51-52.

dans tout le membre supérieur gauche avec sensation de refroidissement et d'engourdissement. Les douleurs ont augmenté d'intensité dans la journée pour se calmer la nuit. Elles sont revenues le lendemain, disparaissant et reparaissant plusieurs fois dans la journée. L'impotence fonctionnelle, presque complète, s'est maintenue sans modification jusqu'à son entrée au Centre, le 10 octobre suivant.

A l'examen, le bras gauche est pendant le long du corps, le moignon de l'épaule légèrement abaissé. Pour élever le bras, le malade écarte le coude du tronc et fait basculer l'omoplate. Pas de mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras. L'extension et la flexion de la main sont possibles, mais avec une force diminuée.

Il en est de même de la flexion et de l'extension des doigts. Adduction et abduction du pouce nulles : les mouvements d'opposition sont conservés ainsi que ceux d'écartement des doigts. Tous les réflexes tendineux du membre supérieur gauche sont abolis.

Hypoexcitabilité galvanique et faradique de tous les muscles de ce membre, ceinture scapulaire comprise.

Les creux sus et sous-claviculaires sont effacés. Le premier est remplacé par une véritable voussure (1) souple à la palpation. A la base de cette voussure, sur le bord externe du sterno-cléido-mastoïdien, petit gauglion dur, roulant sous le doigt, gros comme un petit pois : en outre, chaîne ganglionnaire très nette à la région latérale gauche du cou.

Submatité des deux sommets, plus accentuée à gauche : respiration saccadée; frottement des deux côtés, quelques râles humides à gauche.

A l'examen radiographique (2), obscurité complète des deux sommets s'étendant jusqu'au dessous de la troisième côte, plus marquée à la portion apicale du sommet gauche, plus étendue, mais moins intense à droite.

Le malade, marié, père de trois enfants, ancien rachitique, avait été réformé temporairement au cours de la guerre, pour bronchite suspecte.

(1) Voir Photo hors-texte, pages 51-52.

(2) Idem.

Les phénomènes parétiques et douloureux se sont atténués progressivement et ont disparu presque complètement vers la fin d'octobre.

OBSERVATION III (LÈRI et DE TEYSSIEU, op. cit.)

Douleurs du membre supérieur gauche avec paroxysmes. — Parésie légère. — Amyotrophie, effacement des creux sus et sous-claviculaires, réflexes normaux, submatité des sommets.

V..., 33 ans, monteur en soieries. Souffrait depuis deux mois, et par intermittences, du membre supérieur gauche. Douleurs peu intenses. Mais le 13 juillet 1917, crise de violentes douleurs dans tout le bras gauche, avec une sorte de crampe de la main. Ces crises se reproduisaient deux à trois fois par vingt-quatre heures, et duraient de quinze à vingt minutes : elles étaient suivies de transpiration générale. Le malade entre dans le service le 19 juillet.

A l'examen, le bras gauche pend le long du corps, le moignon de l'épaule est un peu aplati, les doigts et la main sont comme légèrement effilés. Tous les mouvements de l'épaule, du bras, de l'avant-bras, de la main et des doigts sont possibles spontanément, mais avec une force musculaire diminuée, principalement pour les fléchisseurs des doigts. Les réflexes sont normaux. Amyotrophie musculaire de tout le membre : légère mais évidente, au deltoïde; à la partie moyenne du bras (23 cm. $\frac{1}{2}$ contre 25 cm.); aux masses musculaires de l'avant-bras (24 cm. contre 25 cm. $\frac{1}{2}$). Pas d'atrophie des muscles de la main.

Le creux sus-claviculaire gauche est effacé et légèrement saillant. A la palpation de la région sus-claviculaire, on sent *une saillie dure, à consistance crétacée, mamelonnée et irrégulière*, du volume apparent d'une petite mandarine : masse analogue à droite, mais un peu moins saillante et un peu moins dure. L'une et l'autre sont situées dans les couches profondes et font saillie sous la peau. Elles sont toutes les deux sensibles à la pression, beaucoup plus à gauche.

Submatité très nette des deux sommets. A ce niveau, l'examen radioscopique ne révèle rien; la radiographie montre une masse

irrégulièrement ombrée, comme tachetée, qui est embrassée par la courbe de la première côte. Cette masse est beaucoup plus nette et plus foncée à gauche.

Les crises douloureuses vont s'espaçant. Dans leur intervalle, aucun phénomène douloureux, ni spontané, ni provoqué, sinon une légère sensibilité au niveau du paquet vasculo-nerveux du bras gauche et aussi au niveau du plexus brachial, dans la région sus-claviculaire gauche. Cette région, à droite, est douloureuse, mais à un moindre degré. Pas de troubles objectifs de la sensibilité. Légère mais nette diminution de la fente palpébrale à gauche. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Pas d'énophtalmie.

Les phénomènes parétiques disparaissent rapidement : seules persistent les crises douloureuses; ainsi que l'amyotrophie et l'adénopathie.

Le malade est évacué après trois semaines.

OBSERVATION IV (Inédite).

Douleurs de l'épaule gauche, quatre jours après projection sur le cou du cheval que le malade montait. Etat général défectueux.

— Deltoïde aplati, amyotrophie de l'avant-bras (côté gauche).

Myosis. — Réflexes normaux. — Submatité des sommets. —

Effacement léger des creux sus et sous-claviculaires.

Br..., 21 ans. Le 7 ou 8 mai 1918, alors qu'il était à cheval, tenant les rênes de la main droite, il fut projeté sur le cou de sa monture, ce qui, dit-il, lui fit « simplement mal à la cuisse gauche ». Trois ou quatre jours après, fièvre qui atteint 40° et peu après, douleurs dans l'épaule gauche, dans la région latérale gauche du cou, et diminution constatée du volume de l'épaule et du bras. Le malade arrive au Centre le 25 mai.

Etat général défectueux : c'est un homme très grand, maigre, aux muqueuses décolorées, pâle.

Le membre supérieur gauche pend le long du corps : le deltoïde est aplati : amyotrophie manifeste à la région moyenne du bras (20 cm. contre 22 cm.), à l'avant-bras (21 cm. $\frac{3}{4}$ contre 24 cm. $\frac{1}{4}$), à la main, pouce exclu (18 cm. $\frac{3}{4}$ contre 20 cm.) Les mouvements

d'élévation et d'écartement du membre supérieur sont impossibles spontanément : la flexion de l'avant-bras sur le bras est possible mais elle s'effectue lentement et faiblement : de même pour la flexion de la main. L'extension est normale. Flexion et extension des doigts sont possibles mais avec une force diminuée : le malade serre mal.

La pupille gauche semble plus petite que la pupille droite : elle réagit moins bien que la droite à la lumière. Ni ptosis, ni énoptalmie.

Réflexes égaux des deux côtés. Pas de troubles de la sensibilité objective.

Submatité des deux sommets. Frottements. Respiration rude aux deux sommets.

La radiographie montre les sommets également obscurs.

Le 8 juillet, l'état général est visiblement amélioré. Les mouvements du bras, de l'avant-bras, de la main sont tous possibles et s'effectuent avec assez de force.

Le 18 novembre, l'amélioration est encore plus nette. Le malade écarte et projette le membre supérieur gauche à 80°, mais l'on constate de la raideur articulaire, à l'épaule.

Il subsiste de l'atrophie musculaire, surtout au deltoïde. Dans le creux sus-claviculaire gauche, on sent quelques ganglions.

Le malade est évacué le 20 novembre 1918.

OBSERVATION V (Inédite).

Parésie brusque de la main droite, pendant la nuit. — Douleurs légères dans l'épaule et le bras droits. — Fourmillements dans les doigts. — Mouvements possibles mais force diminuée, surtout dans le domaine du cubital. — Pas d'atrophie. — Respiration rude. — Submatité des sommets.

C..., 38 ans, receveur de l'Enregistrement. Le 29 janvier 1918, alors qu'il était dans un petit poste, pendant la nuit, il remarqua qu'il ne pouvait pas mouvoir comme d'habitude sa main droite. En tenue de service, sans sac et il ne s'était pas endormi : aucune cause apparente de compression. D'autre part, il ne faisait pas

particulièrement froid. Soigné au P. S. pendant quelques jours, puis évacué. Il arrive au Centre le 11 février.

Le malade se plaint de douleurs diffuses dans l'épaule et le bras droits, douleurs vagues, légères, et surtout de fourmillements dans les doigts.

Tous les mouvements du membre supérieur sont possibles : ils s'effectuent avec une force diminuée. La faiblesse paraît plus marquée dans la sphère du cubital : attitude des doigts en griffe. Cependant aucune atrophie, ni aucun trouble de la sensibilité objective. Réflexes normaux. Le pouls radial est aussi fort à droite qu'à gauche.

A droite, les creux sus et sous-claviculaires sont moins accusés qu'à gauche.

Pas d'énophtalmie. Pupilles égales et réagissant bien.

Respiration rude surtout à gauche : submatité des deux sommets.

A l'examen radiographique, les deux sommets sont obscurs, surtout le sommet gauche.

Le malade est évacué le 21 mars : l'état est stationnaire : seule la « griffe » des doigts paraît un peu moins marquée.

OBSERVATION VI (Inédite).

Evacué antérieurement pour « bronchite suspecte et faiblesse générale ». Brusquement, douleurs s'étendant de colonne cervicale à membre supérieur gauche. — Pression douloureuse aux apophyses épineuses C4 et C8. Respiration rude aux sommets, surtout à gauche. — Ganglions pré-hilaires et trachéo-bronchiques.

P..., 39 ans, cultivateur. A été évacué en octobre 1917 pour « bronchite et faiblesse générale ». Depuis le 29 décembre 1917, il souffre de douleurs, avec élancements, qui partent, dit-il, de la colonne vertébrale (région du cou, à gauche) et s'étendent à tout le membre supérieur gauche. Les douleurs surviennent brusquement, sans cause apparente.

L'état général est peu satisfaisant : facies pâle, anémique; amaigrissement.

L'épaule gauche est abaissée : l'omoplate gauche descend 1 cm. plus bas qu'à droite et paraît plus écarté de la ligne médiane. Si on fait tousser le malade, léger décollement de l'omoplate gauche.

Muscles hyposthéniques. Pression douloureuse au niveau des apophyses transverses de C4 et C8, ainsi qu'au niveau de la fosse sus-épineuse, à la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate gauche et en avant, au niveau de l'émergence latérale des 2 ou 3 premiers nerfs intercostaux. Dans le membre supérieur gauche, peu de douleurs à la pression sauf sur le trajet du musculo-cutané.

Respiration rude au sommet gauche et en arrière.

Réflexes normaux. Pas de troubles oculo-pupillaires.

A l'examen radioscopique, les sommets s'éclairent également dans la toux. L'amplitude diaphragmatique paraît diminuée à gauche. L'on constate des ganglions péri-hilaires, de l'adénopathie trachéo-bronchique. L'espace rétro-cardiaque est normal.

Le malade raconte qu'à l'âge de 19 ans, il a souffert d'une affection lombaire qui dura 9 mois et au cours de laquelle se forma un abcès qui s'ouvrit spontanément au milieu du pli de l'aîne, à droite : il reste une cicatrice déprimée, adhérente en son milieu; à ce niveau ganglions multiples et mobiles que l'on sent profondément.

OBSERVATION VII (D^r GRENIER DE CARDENAL).

Bronchites répétées.— *Pas de bacilles de Koch dans les crachats*—
Névralgie du membre supérieur droit et plus légère au membre supérieur gauche, à la cuisse droite. — *Crises survenant plusieurs fois par an.* — *Pas de troubles trophiques.* — *Toux sèche.* — *Submatité des sommets.*

Madame E..., 45 ans. Sans profession.

Antécédents héréditaires. — Pas de tuberculose dans la famille.

Père et mère vivants, bien portants.

Deux frères bien portants, mais nerveux,

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde légère à 7 ans. Rougeole à 9 ans; variole à 12 ans; coqueluche à 14 ans. Période d'anémie consécutive, avec bronchites, jusqu'à 17 ans $\frac{1}{2}$. A ce moment, règles et retour à la santé.

Mariée à 20 ans. A 21 ans, première grossesse, normale; bon accouchement; fille bien portante, mais nerveuse et ayant présenté quelques bronchites à répétition à l'âge adulte. Puis, deuxième grossesse : accouchement avant terme, accidentel, à 6 mois $\frac{1}{2}$: enfant morte au bout de 15 jours. Puis troisième grossesse, normale: une petite fille bien portante, nerveuse, déséquilibrée supérieure; bronchite à répétition. Puis trois fausses couches dont la dernière à l'âge de 36 ans. Pas de syphilis du mari.

En 1905, à la suite de troubles anxieux, elle subit à Genève une laparotomie : on trouve alors sur le péritoine et les annexes de nombreuses granulations tuberculeuses, des adhérences multiples; un ovaire scléro-kystique à droite; castration unilatérale droite. Infection secondaire de la paroi, suppuration grave pendant deux mois; six mois après, salpingite qui dure trois ans et guérit après deux saisons à Royat.

Vers 1910, bronchite chronique à rechutes avec obscurité respiratoire. Depuis cette époque, état stationnaire, avec de très bonnes périodes, sans poussées très aiguës : jamais d'hémoptysies : pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Depuis 1912, M^{me} E... est sujette à des crises très douloureuses de névralgie au niveau du membre supérieur droit. Elle aurait eu aussi, une fois, une poussée dans le membre supérieur gauche. Depuis quelque temps, la névralgie commence par le côté droit de la face et du cou, envahit le membre jusqu'au poignet et frappe aussi l'omoplate et l'hémi-thorax droit à la partie postérieure. Enfin tout récemment elle a ressenti des douleurs dans la cuisse droite, douleurs qui semblent avoir siégé dans la zone du crural.

Les crises surviennent irrégulièrement, plusieurs fois par an et semblent être provoquées par le froid, l'humidité, la fatigue physique et les chocs moraux, mais surtout quelques jours avant les règles. Les poussées bronchitiques plus ou moins aiguës ne semblent pas provoquer plus particulièrement ces crises douloureuses.

Ces poussées sont variables comme intensité et comme durée : tandis que la première crise amena une impotence presque complète du bras pendant deux mois, il en est qui ne durent que quelques jours. Les douleurs cèdent à quelques frictions médicamenteuses.

Les plus fortes ne disparaissent qu'après des séances de massage, régulières et nombreuses. En général la douleur est profonde, totale, incessante, s'exaspérant au moindre mouvement.

L'évolution ne varie guère : l'envahissement de la face, au cou, au membre et au thorax est assez rapide : surtout intense dans les régions cervicale, sus-claviculaire et scapulaire, la douleur envahit le bras et l'avant-bras dans leur totalité, mais surtout sur leurs bords externes et leurs faces antérieures : elle s'avance jusque dans le creux de la main, dans les espaces interosseux et épargne les doigts. Il n'y a jamais ni gonflement, ni rougeur des téguments : il existe de l'élévation vespérale de la température. Pas de troubles de la sensibilité objective.

Etat actuel (2 mars 1921). — M^{me} E... présente un assez bon état général; l'embonpoint est suffisant : cependant elle vient de traverser une période de fatigues physiques qui ont amené un léger amaigrissement. Rien à signaler dans les domaines digestifs et circulatoire. Les règles sont régulières et peu douloureuses.

L'état pulmonaire est assez bon : toux sèche survenant par petites quintes; à la percussion, submatité aux deux sommets, surtout à droite et en avant : les trapèzes sont douloureux à la pression. L'auscultation ne révèle aucun bruit anormal : obscurité respiratoire aux sommets, expiration rude et prolongée à droite. Les vibrations sont exagérées à droite, ainsi que la résonnance vocale.

La ceinture scapulaire est amaigrie : les membres supérieurs paraissent égaux de consistance et d'aspect : pas de traces d'atrophie. Aucun trouble de la sensibilité objective. Réflexes normaux.

Quoique la malade ne soit pas en crise, certains mouvements des bras sont légèrement douloureux. Le point d'Erb, des deux côtés, est nettement très douloureux; la pression des nerfs dans l'aisselle, au pli du coude, dans la gouttière de torsion, au poignet et dans le creux palmaire provoque de la douleur. Les masses musculaires sont également endolories, au niveau du membre supérieur droit et du même côté, au niveau de l'épaule et dans la région postérieure du thorax.

OBSERVATION VIII (1)

Douleurs, parésie du membre supérieur droit. — Troubles unilatéraux récidivants. — La radioscopie révèle pleurite au sommet droit. — Aux antécédents : syphilis, paludisme.

S..., officier colonial, 50 ans. Antécédents héréditaires : nuls. Antécédents personnels : syphilis à 33 ans; traitement régulier pendant 5 ans. Cure annuelle, dans la suite; évolution sans accidents graves; le dernier traitement date de 1916. Paludisme. Cet officier a fait campagne: deux blessures, guéries sans complications.

Histoire de la maladie. — Un matin, au réveil, en août 1919, il ressentit à droite, sous la clavicule, vers le troisième espace intercostal, une douleur vive, s'irradiant vers la région postérieure du bras, à l'avant-bras, et des fourmillements à la main. Les mouvements étaient difficiles. Aucun trouble de l'autre côté. Cela dura une dizaine de jours. Le malade attribua ces phénomènes à un refroidissement (bain de rivière, la veille). Au mois d'octobre suivant, nouvelle crise, semblable, comme durée et comme intensité. Une troisième en février et une autre en mars 1920, mais celles-ci plus frustes et écourtées. Enfin, la dernière, en avril 1920 et celle-là dure encore.

Etat actuel, 25 juin 1921. — Le malade indique le point particulièrement douloureux, toujours le même — au-dessous de la clavicule — auquel correspond un autre point également sensible, à la face postérieure comme si la douleur était transfixiante. La région sus-claviculaire et tout le membre supérieur droits sont endoloris. Pas de troubles de la sensibilité objective.

Les mouvements sont tous possibles, spontanément : seule l'élévation du bras, avec écartement du coude (port de la main derrière la tête) est douloureuse. La force est diminuée : les affirmations du malade sont confirmées par le dynamomètre. L'amyotrophie est légère, mais évidente, au triceps, au biceps, et dans la région

(1) Ce malade s'est présenté à la consultation de M. le Docteur de Teyssieu qui a eu l'obligeance de me le signaler et de me réserver la possibilité d'un examen.

antérieure de l'avant-bras; les réactions électriques des muscles sont normales (Réchou).

Le réflexe tricipital est diminué : les autres, normaux.

Les creux sus et sous-claviculaires sont effacés, mais des deux côtés et l'on ne sent pas de ganglions.

La percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal du côté du sommet : la radioscopie, au contraire, signale un fait intéressant : obscurité légère et uniforme de la région sous-claviculaire et du sommet droit. Pleurite (Réchou).

Le cœur est gros. Le malade accuse des mictions impérieuses. Les organes des sens sont intacts. Un peu de laryngite catarrhale. L'état général est très satisfaisant.

OBSERVATION IX (DREYFOUS, *France médic.*, 1884, résumée).

Phtisie fibreuse. Douleurs violentes au membre supérieur droit, suivant le trajet du cubital. — Réflexes normaux.

M^{me} B..., 40 ans, présente les signes d'une phtisie pulmonaire chronique dont les premiers accidents remontent au mois d'août 1881. (L'observation est de 1884.) Après une période de fièvre, avec anorexie, amaigrissement, œdème des membres inférieurs, on note une amélioration.

En 1884, la malade se plaint d'une douleur violente, dans tout le membre supérieur droit, douleur qui résiste à l'application de divers liniments. Cette douleur persiste nuit et jour et présente des paroxysmes tels qu'elle arrache des cris à la malade. La douleur occupe notamment le voisinage du coude; elle paraît suivre le cubital et s'irradie à toute la main, mais sans localisation au petit doigt. Par la pression du cubital on détermine une douleur plus vive, douleur locale, qui ne s'accompagne pas d'irradiation à la main. Le tronc nerveux roule sous le doigt : comparé à celui du côté gauche, son volume est augmenté. La sensibilité cutanée est diminuée dans le territoire du cubital : le contact et la piqûre sont à peine perçus. Ni troubles vaso-moteurs, ni troubles trophiques. Réflexes normaux.

OBSERVATION X (MARFAN, *Bull. méd. de Paris*, 1900, obs. résumée.)

Trois ans après contusion de l'épaule gauche, vives douleurs dans l'épaule et le bras gauche. — Amaigrissement du membre, sauf la main. — Mouvements difficiles. — Hypoexcitabilité des muscles du bras et avant-bras. — Pas de R. D. — Myosis. — Rétrécissement de la fente palpébrale. — Creux sus et sous-claviculaires comblés. — Matité des sommets.

Jeune garçon de 12 ans $\frac{1}{2}$.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : rougeole à 2 ans; à 8 ans un accident : contusion de l'épaule gauche (ce garçon avait été renversé par un tramway). 3 ans après et pour la première fois, vives douleurs dans l'épaule et le bras gauche. Traitement à l'électricité, qui paraît sans résultat. Le malade passe un été à la campagne. A son retour, l'on constate un notable amaigrissement et surtout « l'état décharné du membre supérieur gauche » : Se plaint de vives douleurs dans l'épaule.

Il entre à l'hôpital. Les douleurs persistent pendant un mois et demi, puis disparaissent. C'est à ce moment qu'il est examiné.

Tous les muscles du membre supérieur gauche sont atrophiés, à l'exception du long supinateur et des muscles de la main. Les mouvements sont possibles, à un certain degré : pas de paralysie, plutôt, de l'impotence consécutive à l'atrophie. Pas de R. D. Hypoexcitabilité galvanique et faradique du deltoïde, des muscles du bras et de ceux de l'avant-bras. Fourmillements dans les doigts. Pas d'anesthésie.

A noter des troubles oculo-pupillaires : myosis et diminution de la fente palpébrale gauche.

Le creux sus-claviculaire gauche présente une masse dure, bosselée, qui est indolente. Au-dessous de la clavicule, une voussure assez accusée. Le grand pectoral semble soulevé et la clavicule sub-luxée à son extrémité interne. En soulevant le bras, on aperçoit une autre masse à la partie antérieure de l'aisselle.

A gauche, en arrière et dans les fosses sus et sous-épineuses,

matité et souffle bronchique, sans râles ni craquements, mais avec augmentation des vibrations vocales. En avant, matité qui commence à la clavicule et s'étend jusqu'à l'espace de Traube, lequel est sonore. Sous la clavicule, souffle bronchique : au-dessous, respiration très obscure : vibrations vocales diminuées.

A droite, rien à signaler. L'enfant ne tousse pas : il ne crache pas.

Et l'auteur résume ainsi son observation :

1° Des symptômes de névrite du plexus brachial gauche;

2° Adénopathie sus et sous-claviculaire et axillaire gauche;

3° Induration du sommet gauche avec symphise pleurale surtout marquée en avant.

OBSERVATION XI (BOMPAR, *Journ. de méd. Bordeaux*, 1887, résumée)

Amaigrissement depuis bronchite. — Vives douleurs de l'épaule vers le coude, trajet du médian, à droite : douleurs accrues par la pression, les mouvements. — Submatité des deux sommets, craquements humides. — Mort. — Autopsie : Cavernes au sommet droit, plèvre épaissie. Pas de névrite.

Un maçon, 28 ans, entre à l'hôpital le 20 décembre 1884. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires : bronchite en octobre 1883. Depuis, amaigrissement croissant. Pas de syphilis.

A l'examen, les muscles du membre supérieur droit sont moins volumineux que ceux du côté gauche. La force, dit le malade, est notablement diminuée.

Depuis un mois et demi, dit-il, il éprouve de vives douleurs dans le membre supérieur droit : partant des masses musculaires sus et sous-épineuses, ces douleurs s'irradient dans l'épaule et de là suivent la direction du nerf médian (partie interne du bras, jusqu'au coude) et elles sont telles que le patient ne peut dormir : elles sont réveillées ou exaspérées par la pression, le long du bord interne du biceps ou lorsqu'on fait exécuter au bras des mouvements brusques d'élévation ou de circumduction.

En avant et à droite, douleur à la pression des espaces intercostaux. Submatité, respiration rude, expiration prolongée, craquements humides. En arrière et à droite, matité complète, respiration

soufflante au sommet, gargouillements au-dessous de l'acromion.

A gauche : en avant, pas de douleur à la pression des espaces intercostaux; submatité du sommet, respiration rude, soufflante, craquements humides moins nombreux qu'à droite. En arrière, matité du sommet, respiration rude, craquements humides.

Le malade meurt deux mois plus tard. A l'autopsie, on trouve de volumineuses cavernes au sommet du poumon droit : le poumon gauche est farci de tubercules. La plèvre droite est épaissie, tomenteuse.

Et l'auteur indique : « L'examen histologique des nerfs, des muscles atrophiés a démontré qu'ils étaient sains et qu'il n'existait pas de névrite. »

OBSERVATION XII

(LONG et ROCH, *Rev. méd. suisse rom.* 1909, résumée).

Alcoolique. — Phtisie fibreuse des deux sommets. — Douleurs à l'épaule gauche, s'irradiant à l'avant-bras et à la main. — Force du membre supérieur gauche diminuée.

Il s'agit d'un employé âgé de 55 ans, intempérant et atteint depuis 20 ans de phtisie fibreuse des deux sommets. Le 29 décembre 1905, à la suite d'un refroidissement, aggravation des phénomènes pulmonaires. Le 2 janvier 1906, le malade ressent une douleur à l'épaule gauche, avec irradiation à l'avant-bras et à la main. Soigné pendant deux mois à son domicile, il voit les douleurs s'atténuer, mais la force musculaire diminue et cela le décide à entrer à l'hôpital le 4 mars 1907. On constate à ce moment une atrophie notable du membre supérieur gauche, plus marquée à l'avant-bras et à la main. Les mouvements passifs sont douloureux. Pas de troubles de la sensibilité objective. Sous l'influence d'un traitement tonique, l'amélioration est rapide : un mois après, il ne subsiste qu'une légère parésie.



CHAPITRE II

LE CREUX SUS-CLAVICULAIRE PLEXUS BRACHIAL ET DÔME PLEURAL

Avant d'aborder l'étude des symptômes, rappelons sommairement la constitution anatomique de la région sus-claviculaire ainsi que les rapports du plexus brachial avec le dôme pleural et la clavicule.

Limité en dedans par le sterno-cléido-mastoïdien, en arrière et en dehors par le trapèze, en avant et en bas par la clavicule, le plan superficiel de la région sus-claviculaire comprend la peau, le peaucier, le tissu cellulaire sous-cutané, des vaisseaux et des nerfs et l'aponévrose superficielle.

L'étage sous-jacent, de forme triangulaire, désigné sous le nom de : plan de l'omo-hyoïdien, est partagé par le muscle de même nom, en deux parties : *le triangle supérieur* ou omo-trapèzien, comblé par une masse cellulo-graisseuse, riche en ganglions et croisée par les branches du plexus cervical superficiel; *le triangle inférieur* ou omo-claviculaire, comblé par l'aponévrose cervicale moyenne que perfore la jugulaire externe : au pourtour de la veine, plusieurs ganglions, anastomosés avec les ganglions profonds.

I. — Le Creux sus-claviculaire.

Au-dessous, se trouve la loge sus-claviculaire, mal délimitée d'ailleurs; assimilée à une pyramide triangulaire, elle présente : un sommet, au point de rencontre du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, une base, formée par l'omoplate, la clavicule et une ligne fictive joignant la partie inférieure du sterno-cléido-mastoï-

dien à l'apophyse transverse de la VII^e cervicale : (la première côte partage ce triangle en deux parties : l'externe, qui est en rapport avec le creux axillaire, l'interne, en rapport avec le dôme pleural). Quant aux trois faces, l'une est formée par le plan de l'omo-hyoïdien (le couvercle du « puits » de Sébilleau), une autre par le scalène antérieur, en dedans, et la troisième par le scalène postérieur, en dehors.

A travers la masse cellulo-graisseuse, très riche en ganglions, qui comble cette loge, s'interpose entre les plans musculaires et rejoint les nappes similaires de la carotide, de l'aisselle et du médiastin, cheminant vaisseaux et nerfs, en rapport avec le dôme pleural qui s'élève à la partie inférieure.

II. — Le Dôme pleural.

Coiffant le sommet du cône pulmonaire, « le dôme pleural remonte habituellement à deux ou trois centimètres au-dessus de la partie antérieure de la première côte; il est en rapport, en dedans, avec l'artère sous-clavière, qui l'embrasse dans sa concavité, avec l'origine de l'artère mammaire interne, de l'artère intercostale supérieure, avec la branche antérieure de la première paire dorsale, avec le ganglion cervical inférieur du sympathique » (1).

Encerclée dans la concavité de la première côte, la calotte pleurale est fixée dans cette position par des faisceaux fibreux ou musculaires, au nombre de 3, formant le « Ligament suspenseur de la plèvre ». L'un d'eux, le pleuro-transversaire, se divise en deux parties, entre lesquelles passe le premier nerf dorsal. Et le huitième nerf cervical, qui s'unit au premier nerf dorsal sur le bord interne de la première côte, s'engage dès sa sortie du trou de conjugaison entre le pleuro-transversaire et le pleuro-costal. Le troisième faisceau, la bandelette vertébro-pleurale, délimite la fosse sus-rétro-pleurale, où l'on trouve du tissu cellulo-adipeux, des ganglions, l'artère vertébrale, le ganglion cervical inférieur et parfois l'artère sous-clavière.

(1) Testut. Anat. Descript., t. IV, p. 473.

III. — Plexus brachial.

Constitué par la réunion des V^e, VI^e, VII^e, VIII^e racines cervicales et de la I^{re} dorsale, le plexus brachial présente l'aspect d'un triangle, à base vertébrale, à sommet axillaire. D'après un schéma généralement admis, les V^e et VI^e racines s'unissent et forment *le tronc primaire supérieur*; la VII^e, forme, seule, *le tronc primaire moyen*; la VIII^e et la I^{re} racine dorsale forment *le tronc primaire inférieur*.

Puis, c'est-à-dire au-dessous de la clavicule et dans la région axillaire, chaque tronc se divise en deux branches, l'une antérieure, l'autre postérieure : les branches antérieures des troncs primaires supérieur et moyen forment *le tronc secondaire supérieur* (qui donnera le musculo-cutané et la racine externe du médian); la branche antérieure du tronc primaire inférieur forme *le tronc secondaire moyen* (qui donnera le cubital, la racine interne du médian, le brachial cutané et son accessoire); et les trois branches postérieures forment *le tronc secondaire postérieur* (circonflexe, puis radial).

Troncs primaires et troncs radiculaires du plexus brachial se trouvent donc dans la région sus-claviculaire : au-dessous et au delà de la clavicule, se trouvent les troncs secondaires et les nerfs du membre supérieur.

Précisons également ceci : la fusion des V^e et VI^e racines s'effectue à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la clavicule, en un point connu sous le nom de point d'Erb. Le VIII^e cervical et le I^{er} dorsal fusionnent sur le bord interne de la première côte, sur un plan légèrement postérieur par rapport à celui du tronc primaire supérieur, et en rapports étroits avec le dôme pleural. Au niveau de la paroi externe de l'aisselle, le plexus est en rapport avec les ganglions, ou aboutissent les vaisseaux lymphatiques du membre supérieur.

Rappelons enfin, qu'au niveau du creux sus-claviculaire, le plexus brachial a reçu l'anastomose de la IV^e paire cervicale et une branche du I^{er} intercostal ainsi que des fibres du II^e intercostal, qui se sont accolées au tronc primaire supérieur, duquel

se détacheront le brachial cutané interne et son accessoire et qu'il a donné naissance aux nerfs suivants : par la V^e racine, aux nerfs de l'angulaire, du rhomboïde, du sus-scapulaire et à une branche destinée au phrénique; par les V^e et VI^e racines, aux nerfs du sous-clavier, du grand dentelé, du sous-scapulaire inférieur; par la VIII^e cervicale et la I^{re} dorsale au nerf du petit pectoral.

D'autre part, des V^e et VI^e racines cervicales, pour le ganglion moyen, des VII^e, VIII^e cervicales et I^{re} dorsale, pour le ganglion cervical inférieur, se sont détachées les *rami-communicantes du sympathique*.



CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

Etiologie.

Les troubles névritiques du membre supérieur, au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet constituent un accompagnement somme toute assez rare de la tuberculose. Au Sanatorium de Pessac l'enquête poursuivie pendant plusieurs mois nous a donné des résultats presque négatifs. Sur une centaine de malades interrogés, deux ou trois seulement ont éprouvé quelques vagues douleurs au niveau du membre supérieur; des formes si frustes de la névrite sensitivo-motrice, qu'il nous a semblé préférable de les noter, sans plus.

Ce qui suit se rapporte donc seulement aux observations relatées plus haut.

Plus fréquents de 35 à 50 ans, ces troubles nerveux sont exceptionnels dans l'enfance et dans la vieillesse. L'homme paraît à cet égard plus vulnérable que la femme : ni la profession exercée, ni le climat, la région de la résidence habituelle ne paraissent devoir être mis en cause.

L'influence prédisposante des maladies de l'enfance n'est pas établie : celle de l'hérédité névropathique est probable et toutes les causes d'irritabilité nerveuse : syphilis, paludisme, éthylisme, tabagisme, peuvent être considérées comme autant de facteurs prédisposants.

Les conditions déterminantes ne sont pas négligeables : refroidissements, traumatismes légers, surmenage, émotions.

Le membre gauche paraît plus souvent atteint que le membre droit : et l'on a invoqué la prédominance des lésions tuberculeuses au sommet gauche, leur antériorité par rapport à celles du

sommet droit; l'on a incriminé l'inactivité relative du bras gauche; il est vrai que certains troubles légers grandissent avec le loisir de souffrir... mais nous voilà en pleine hypothèse ! Constatons le fait, sans vouloir à tout prix l'expliquer.

Symptômes.

Ils sont de deux ordres : des signes de névrite et des signes de tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet.

I. — **Signes de névrite.** — Occupons nous d'abord des *troubles sensitifs*.

Le premier en date et qui demeure au premier plan, c'est la *douleur*. Précédée parfois de sensations anormales, de refroidissement, d'engourdissement, de pesanteur au niveau de l'épaule (Obs. I, II), avec fourmillements dans tout le membre supérieur (Obs. II), la douleur éclate ou s'accroît brusquement : soit au niveau de l'épaule avec irradiation vers le cou, le trapèze et dans le bras, l'avant-bras (Obs. I), dans le membre supérieur seulement (Obs. XII), ou à l'épaule seulement (Obs. IV), avec fourmillements dans les doigts (Obs. V, X), soit dans le membre supérieur d'emblée (Obs. II, III, VIII), soit dans la région cervicale, avec irradiation vers l'épaule et le membre supérieur (Obs. VI), soit au niveau de la face, d'où elle gagne le cou, la région sus-claviculaire, l'épaule, le membre supérieur (Obs. IX), sauf les doigts mais s'étend à l'hémi-thorax postérieur (Obs. VII), soit à l'épaule avec irradiation jusqu'au coude (Obs. XI).

La douleur est légère (Obs. V) et, plus souvent, vive, profonde, lancinante (Obs. VII, VIII, IX, X, XI), térébrante (Obs. I); elle arrache des cris au malade, l'empêche de dormir (Obs. IX, XI). Elle est continue : elle s'exaspère parfois, sans cause apparente (Obs. VI); crises paroxystiques, deux ou trois fois par jour, de 15 à 20 minutes de durée (Obs. I, II, III, IX), ou plus espacées et durant des mois (Obs. VII, VIII).

En général diffuse, étendue à tout le membre supérieur, cette douleur semble plus vive en quelques points : au niveau du 3^e espace intercostal (Obs. VIII), sur le trajet du médian (Obs. XI), dans la zone du cubital, au voisinage du coude (Obs. IX) et sur

le bord externe de l'avant-bras et sur sa face antérieure (Obs. I, VII). En tous cas, dans l'intervalle des crises, la pression exercée au point d'Erb est douloureuse (Obs. I, VII, VIII), et il en est de même sur le trajet du musculo-cutané (Obs. VI), au niveau des espaces intercostaux (Obs. VI, XI), au creux palmaire, au poignet, au pli du coude, au niveau de la gouttière de torsion, du plexus brachial (Obs. VII), du paquet vasculo-nerveux du bras et de la région sus-claviculaire (Obs. II), plus rarement au niveau des apophyses épineuses de C4 et C8 (Obs. VI).

Atténuée par les frictions médicamenteuses (Obs. VII), par la morphine, les pointes de feu, le massage, l'électrothérapie, cette douleur est accrue ou réveillée par les mouvements d'élévation du bras et de circumduction (Obs. XI), par l'éternuement ou la toux (Obs. VIII). Ni le bruit, ni la chaleur, ni les émotions n'agissent ici comme dans la causalgie.

Les troubles de la sensibilité objective sont rares : la sensibilité à la piquûre est diminuée dans la bone du cubital (Obs. IX); on signale de l'hypoesthésie en bande, du type radiculaire (Obs. I) mais ni hyperesthésies, ni paresthésies.

Troubles moteurs. — Au repos, la plupart de nos sujets présentent une épaule légèrement aplatie et abaissée : le membre supérieur pend le long du corps (Obs. I, II, IV). Les mouvements volontaires sont en général possibles, mais plus lents : la force est manifestement diminuée (Obs. I, III, V, VIII, X, XI). Dans l'élévation du bras, l'un fait basculer l'omoplate (Obs. II); chez le même, la flexion, l'extension de l'avant-bras sur le bras sont impossibles ainsi que l'abduction du pouce, qui est limitée chez un autre (Obs. I).

L'impotence fonctionnelle complète est donc très rare (Obs. I): l'impotence partielle, atténuée est fréquente. Rarement constituée sans prodromes sensitifs (Obs. V), elle suit ordinairement les premières manifestations douloureuses : si bien qu'on peut se demander si elle ne serait pas une attitude de défense contre la douleur, l'amaigrissement ultérieur de l'épaule et de l'ensemble du membre supérieur résultant surtout de leur inaction, un exemple de « l'hypotrophie *ab inusu* » des muscles sur laquelle

Pitres attirait récemment encore l'attention (1), « une hypotrophie simple, qui se traduit par une diminution de leur volume sans altération matérielle de leur substance contractile et sans réaction de dégénérescence » (1).

Les réflexes tendineux, abolis (Obs. II), diminués (Obs. I, VIII), sont le plus souvent normaux (Obs. III, IV, V, VII).

A l'examen électrique, pas de réaction de dégénérescence : on a noté cependant de l'hypoexcitabilité de tous les muscles, du membre supérieur (Obs. I, II) et de ceux de la ceinture scapulaire (Obs. II) ou seulement du deltoïde, des muscles du bras, de l'avant-bras (Obs. X).

Troubles trophiques et vaso-moteurs. — La peau n'offre ni gonflement, ni rougeur (Obs. VII). Il y a de l'amyotrophie : manifeste (Obs. III, IV) et intéressant tous les muscles, sauf le long supinateur et les muscles de la main (Obs. XI, XII), elle n'est cependant pas constante. Elle n'accompagne pas toujours la parésie et elle existe sans elle (Obs. VIII). La déformation de la main, type Aran-Duchenne, est signalée une fois (Obs. V). Pas de contractions fibrillaires, ni la progression lente caractéristique de la polyo-myélite antérieure chronique; pas de phénomènes spasmodiques comme dans la sclérose latérale amyotrophique. L'épaule, le bras, l'avant-bras apparaissent, plus que la main, diminués de volume.

Les troubles circulatoires sont réduits au minimum : l'on note de la température vespérale (Obs. VII), de la sudation, après les crises de douleurs (Obs. III).

Le syndrome oculo-sympathique n'existe qu'à l'état d'ébauche très imparfaite : il y a chez trois de nos malades, ici de l'inégalité pupillaire (Obs. IV), là de la diminution de la fente palpébrale (Obs. III) à laquelle s'ajoute du myosis (Obs. X) et c'est tout : pupilles égales chez tous les autres.

II. — **Signes de tuberculose.** — Il sera question ici de signes locaux, constatés sur un territoire relativement restreint mais que l'on voudra bien ne pas supposer artificiellement circonscrit.

(1) Pitres. Études sur les blessures des nerfs périphériques, p. 56.

C'est parce que les autres appareils et organes paraissent intacts que nous concentrerons notre attention sur la partie supérieure du thorax et la région sus-claviculaire à cause des malformations qu'elles présentent.

Inspection : Au premier abord, à part un certain degré d'amaigrissement, qu'il est toujours malaisé d'apprécier exactement, le thorax n'offre rien d'anormal, les côtes sont à peine saillantes : l'aplatissement, dans l'un ou l'autre de ses diamètres, n'est pas manifeste. Pas d'asymétrie. A noter, cependant, en arrière, l'abaissement de l'omoplate, du côté malade et son écartement de la ligne médiane : léger décollement quand on fait tousser le malade (Obs. VI).

Un examen plus attentif permettra de découvrir les faits suivants. D'un côté, à gauche plus souvent qu'à droite, la saillie de la clavicule a disparu ou commence à disparaître : non pas qu'elle s'enfonce dans les tissus sous-jacents, mais parce que ceux-ci se tuméfient. Cette « voussure régulière, souple, traduisant la saillie du dôme pleural épaissi » — c'est ainsi que la caractérisent Léri et de Teyssieu — et qu'ils expliquent par « la présence de néoformations fibreuses et ganglionnaires », Marfan (Obs. X) l'avait également constatée et il attribuait l'hyperthrophie des ganglions sus et sous-claviculaires et axillaires à une communication anormale, pathologique, établie entre les voies lymphatiques du poumon et les ganglions extra-thoraciques à travers les feuillettes accolés et épaissis de la plèvre pariétale. Je ne pense pas que « l'adénite sus-claviculaire » de Sergent (1) constitue un symptôme différent. Cette adénite se présente, d'après notre auteur, sous la forme d'un ganglion allongé, du volume d'un petit haricot ou d'une grosse fève; logé derrière la clavicule, contre le bord externe du sterno-cléido-mastoïdien, il est de consistance variable : tantôt mou comme de la pâte, tantôt dur comme un grain de plomb. Parfois des troncles lymphatiques le remplacent ou s'ajoutent à lui, troncles parsemés de noyaux indurés, qui à la palpation donnent la sensation de cordelettes à nœuds et qui suivent le bord postérieur de la

(1) Sergent. Etudes cliniques sur la tuberculose.

clavicule. Mais quelle que soit sa forme, l'adénite sus-claviculaire est, toujours d'après Sergent, d'origine pleurale : elle constitue l'un des bons signes de la pleurite du sommet et cette pleurite elle-même est un témoin révélateur de tuberculose, un stigmate de lésion ancienne, cicatricielle. Voyons donc ce que nous enseignent à cet égard nos observations..

A la percussion, submatité des sommets ou d'un seul (Obs. I, II, III, IV, V, VII), ou matité (Obs. X, XI), ou absence de signes stéthoscopiques (Obs. VIII).

A l'auscultation : on note une respiration rude (Obs. I, IV, VI, XI), saccadée (Obs. II), de l'obscurité respiratoire (Obs. VII), de l'expiration soufflante (Obs. VII, XI), du souffle bronchique (Obs. X). Les bruits pathologiques sont discrets : des frottements (Obs. II, IV), des râles humides (Obs. II), des craquements sous la clavicule (Obs. IX, XI). Il est également question de « signes de phtisie fibreuse » (Obs. XI).

L'examen radioscopique a donné peu de résultats : l'Obs. VI le relate avec les conclusions de l'opérateur : « Les sommets s'éclairent également dans la toux : diminution de l'amplitude diaphragmatique, ganglions pré-hilaires, adénopathie trachéo-bronchique » ; l'Obs. VIII le mentionne également : « Obscurité légère et uniforme de la région sous-claviculaire et du sommet droit. Pleurite ? »

L'examen radiographique est plus instructif : pratiqué au moins 5 fois, voici ses indications : l'obscurité des sommets a été constatée 5 fois (Obs. I, II, III, IV, V); elle présentait quelques variantes : égale des deux côtés (Obs. I, IV, V), elle s'étendait jusqu'à la 3^e côte, et paraissait plus intense et moins étendue à la portion apicale du sommet gauche, plus étendue et moins intense à la portion apicale du sommet droit; une fois, l'on a constaté (Obs. III) la présence d'une masse irrégulièrement ombrée, embrassée par la courbe de la première côte, à droite; à gauche, même masse, mais plus nette, plus foncée...

Ces divers signes réunis paraîtront-ils suffisants pour conclure à la réalité de lésions tuberculeuses, pleurales ou pulmonaires chez les malades considérés ? Il aurait fallu revoir ces sujets,

procéder à de nouveaux examens, recourir à d'autres moyens d'information. Cela fut impossible et la mosaïque d'aujourd'hui, pour être loyale, n'en offre pas moins de grandes lacunes qu'il n'est plus en notre pouvoir de combler.

Nous ajouterons cependant que ces divers symptômes co-existent souvent avec un état général défectueux et de l'amaigrissement constaté. La fièvre vespérale est signalée deux fois (Obs. VII, IX), ni toux ni crachats; une seule observation mentionne une toux « sèche, quinteuse » et affirme l'absence de bacille de Koch dans les crachats (Obs. VII).

Une seule *autopsie* est indiquée (Obs. XI); les conclusions du rapport méritent d'être rappelées : « Volumineuses cavernes au sommet du poumon droit; le poumon gauche est farci de tubercules; la plèvre droite est épaissie, tomenteuse. L'examen histologique des nerfs des muscles atrophiés a démontré qu'ils étaient sains et qu'il n'existait pas de névrite. » Or, ce malade avait pendant plusieurs mois, présenté les troubles sensitifs dont nous avons parlé, au niveau de l'épaule droite et du membre supérieur droit, jusqu'au coude seulement.

En résumé, il s'agit d'une association morbide, constatée dans le membre supérieur et qui se compose de trois ordres de symptômes :

1° Des troubles nerveux : sensitifs, moteurs et trophiques, variables suivant les sujets, à distribution capricieuse, image très imparfaite de la topographie radiculaire du plexus brachial.

2° De l'adénopathie sus et sous-claviculaire inconstante.

3° Des signes, confirmés par la radioscopie et la radiographie, de pleurite du sommet.

Et cette association offre un caractère presque constant : elle est unilatérale, du seul côté atteint par la bacillose ou du côté où prédominent les symptômes bacillaires.

L'évolution de cette névralgie demeure incertaine. Sans doute, au bout d'un temps variable, de quinze jours à plusieurs mois, de repos et de soins, les phénomènes douloureux et parétiques s'atténuent, disparaissent, dans l'ordre inverse de leur apparition, les troubles moteurs d'abord, les douleurs après. Et de

l'hôpital ou du centre, où leur médecin ne les reverra plus, les malades sortent, avec la mention fatidique : « Amélioré », peut-être : « Guéri. » Les observations VII et VIII ouvrent cependant une autre perspective : nous voulons parler de l'éventualité de récides, à échéance indéterminée; de plus, il semble que la névralgie s'aggrave en se répétant et qu'elle cesse surtout d'être unilatérale : on dirait que son royaume s'étend. Dans l'Obs. VII, où la première crise date de 12 ans, aujourd'hui c'est tout le thorax qui réagit; les deux membres supérieurs sont presque également atteints et l'un des membres inférieurs compte déjà une première morsure. Dans l'Obs. VIII, les limites de la névralgie, écloses en 1919, sont maintenues : à noter pourtant un point sensible, à l'omoplate, qui n'existait pas au début.

Quoique le pronostic *quoad vitam* ne soit pas en cause — on ne meurt pas de névralgie, rarement de névrite — de tels faits commandent la plus grande réserve quant à l'avenir : ils sont comme une autre face — un autre revers plutôt — des désordres multiples préparés ou déclenchés par la tuberculose et constituent une raison de plus de lutter contre elle — de lutter et de vaincre !

En attendant, essayons de formuler un diagnostic basé sur les constatations actuelles.



CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Ces malades iront consulter le médecin, non parce qu'ils toussent — plusieurs, la plupart, ne toussent pas — ni parce qu'ils ont des ganglions sus-claviculaires — ils l'ignorent — ni peut-être à cause de leur état général, quoiqu'il laisse à désirer, mais surtout, sinon exclusivement parce que depuis 24 ou 48 heures, ou depuis quelques jours, ils ont « mal à l'épaule et à tout le bras », parce que la main « fourmille », devient paresseuse, maladroite, parce que tous les mouvements du membre sont gênés, douloureux ou impossibles. Donc, ce sont des troubles nerveux qu'il s'agit de reconnaître, de topographier, de classer en tenant compte — et cela permet de restreindre d'emblée le champ du diagnostic différentiel — de leur localisation au membre supérieur, de leur unilatéralité et de la tuberculose torpide, pleuro-pulmonaire, constatée dans la région du sommet, du même côté.

Serait-ce une monoplégie d'origine corticale ? Elle est rare : l'ictus initial est fréquent; les prodromes sensitifs qui parfois le remplacent, ainsi d'ailleurs que les paresthésies subséquentes; diffèrent des douleurs accusées par nos malades : cette monoplégie comporte en effet des troubles de la sensibilité profonde, la perte ou la diminution de la sensibilité tactile, l'exagération des réflexes, la contracture en flexion après une période de flaccidité musculaire, et des manifestations cérébrales (aphasie, épilepsie jacksonnienne, parfois de l'asymétrie faciale). Nos sujets n'offrent aucun de ces signes.

La monoplégie brachiale fonctionnelle survient à la suite d'un

accident, quelques jours après; l'absence de troubles trophiques est la règle; il n'y a pas d'amyotrophie; les réactions électriques sont normales; l'anesthésie en forme de manche de veste est constante : rien de semblable chez nos malades.

La syringomyélie se traduit parfois par une monoplégie du bras : débutant par la main, déformée, — main de singe, griffe, — l'amyotrophie gagne le bras, l'épaule ou intéresse l'épaule avant le bras; les contractions fibrillaires, les anomalies de l'excitabilité électrique manquent rarement; le phénomène connu sous le nom de dissociation syringomyélique de la sensibilité est fréquent. Autant de signes absents chez nos malades.

L'atrophie musculaire progressive (Arrau Duchenne) débute par une main : elle ne tarde pas à déformer l'autre : c'est une atrophie bi-latérale.

Dans la pachy-méningite cervicale, les douleurs peuvent être intenses; l'atrophie musculaire est manifeste et l'on sait que la tuberculose figure parmi ses facteurs; les réflexes tendineux sont exagérés et c'est encore une affection bi-latérale.

Les myopathies débutent dans l'enfance, rarement après vingt ans; l'affaiblissement musculaire est progressif; pendant un certain temps, seule la racine du membre est atteinte; pas de contractions fibrillaires mais des altérations des réactions électriques qui paraissent proportionnelles au nombre de fibres musculaires dégénérées et ce sont les membres inférieurs les premiers atteints.

La méningite spinale syphilitique, de la région cervicale, s'accompagne de douleurs au niveau des épaules et le long des bras, douleurs spontanées ou provoquées, avec paroxysmes nocturnes, auxquelles s'ajoutent des phénomènes parétiques, de l'amyotrophie scapulaire et brachiale : encore des symptômes bi-latéraux. Un seul de nos malades est syphilitique et chez lui, tous les symptômes moteurs, sensitifs, trophiques, sont absolument unilatéraux. Il est vrai que la syphilis n'a jamais exclu la pleurite des sommets.

Outre que l'hématomyélie unilatérale du renflement cervical est consécutive à un traumatisme, à la décompression brusque —

une notion étrangère à l'histoire de nos sujets — il est rare que le membre inférieur ne soit pas frappé en même temps que le bras, de paralysie : et du côté opposé d'autres troubles apparaissent (syndrome de Brown-Séquard).

Sous le nom de « radiculité cervico-brachiale simple ou rhumatismale », Léri a décrit un syndrome, sans relation avec la syphilis, dont voici le schéma : parésie atrophique, survenant à la suite de douleurs du cou et de l'épaule, du même côté. La parésie, « localisée aux muscles innervés par certaines racines cervicales, s'accompagne généralement d'une hypoesthésie, également localisée au domaine radiculaire correspondant. Et parmi les réflexes tendineux, ne sont modifiés que ceux qui se produisent dans les segments médullaires, répondant aux racines altérées ». L'auteur propose de rattacher ce syndrome au rhumatisme de la colonne cervicale. Malgré les analogies frappantes, plus saisissantes encore quand on relit les observations (1), nous pensons que les troubles névralgiques que nous considérons impliquent un processus différent : la concordance parfaite des symptômes sensitifs, moteurs, trophiques, nécessaire pour pouvoir situer les lésions causales au niveau des racines n'existe pas chez nos malades et la tuberculose est vraisemblablement en cause, du moins plus que le rhumatisme.

Non moins que leur répartition capricieuse, l'étiologie de ces troubles nerveux proscrit leur admission dans le groupe des paralysies radiculaires du plexus brachial. La notion d'un traumatisme antérieur, presque constante ici lui est presque totalement étrangère. Deux seulement de nos malades accusent un accident, une contusion d'épaule, chez l'un, qui date de trois ans et chez l'autre, un cavalier, une projection sur l'encolure de son cheval, ce qui lui fit, dit-il, « mal à la cuisse » (2).

Il est vrai que les attitudes forcées, le port de lourds fardeaux sur la région sus-claviculaire, certaines tractions du bras ou plus simplement le sommeil prolongé dans une mauvaise position constituent autant de petits traumatismes, directs ou indirects,

(1) A. Léri. Rev. de Méd., mars 1916.

(2) Obs. IV.

susceptibles de provoquer des tiraillements ou des compressions des racines et l'apparition d'un groupe de symptômes de paralysie radiculaire totale du plexus brachial. Cette éventualité, pour nos sujets, a été envisagée au moins une fois : l'interrogatoire fut négatif. De plus, la prédominance des troubles sensitifs aux extrémités, c'est-à-dire à la main, n'est pas manifeste chez eux.

Ni cérébrale, ni médullaire, ni radiculaire, l'origine de la névralgie du membre supérieur est donc périphérique.

Cette névralgie ne serait-elle pas en rapport avec quelque affection de l'épaule ? En dehors de l'arthrite traumatique — à laquelle les commémoratifs connus nous incitent peu à penser — il est d'autres phlegmasies articulaires ou abarticulaires capables de provoquer douleurs et parésie : telles arthrites résultent de la propagation d'une inflammation du voisinage (anthrax, ostéomyélite), telles autres apparaissent sous l'influence d'une infection générale : rhumatisme, blennorrhagie, scarlatine, typhoïde, etc.

L'arthrite rhumatismale scapulaire succède à d'autres localisations du rhumatisme : les cous-de-pied, les genoux, sont atteints généralement avant l'épaule : de plus, il y a rougeur, chaleur, douleur, tuméfaction, au niveau de l'article et dans la région avoisinante : de tels incidents ne sauraient passer inaperçus : nos malades en sont indemnes.

Le rhumatisme chronique de l'épaule est plus discret : douleurs sourdes, accrues par les mouvements spontanés ou provoqués, avec des élancements paroxystiques dans tout le membre supérieur ; le deltoïde, le sus-épineux sont aplatis ; le bras semble collé au thorax. La très longue durée de cette affection, son évolution par poussées successives, l'analogie des phénomènes observés, constituent autant de raisons d'en accepter l'éventualité, quoique sa rareté et l'habituelle bi-latéralité de ses symptômes ne soient guère de nature à égarer le diagnostic.

Mêmes conclusions au sujet du rhumatisme tuberculeux décrit par Poncet : ici d'ailleurs douleurs et impotence du membre supérieur marchent de pair avec des signes qui témoignent de l'atteinte profonde de l'organisme. « Un état grave, avec des lésions articulaires de moyenne intensité est souvent une pré-

somption en faveur du rhumatisme tuberculeux. » (Poncet.) Or nos malades ne présentent pas de lésions articulaires et leur état, sans être satisfaisant, n'est pas grave.

Au début, l'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule offre assez souvent une symptomatologie singulièrement discrète : la tumeur blanche, loin de s'annoncer toujours à grand fracas, se réduit à une douleur vague, à la gêne dans les mouvements; plus tard, les troubles sensitifs et moteurs s'accroissent : tout le membre est endolori; l'atrophie musculaire est manifeste. Arthrite symptomatique !... Il vaut la peine d'y penser !

Dans la paralysie ischémique du membre supérieur, les douleurs, l'impotence, les troubles trophiques sont constants, même dans les formes frustes, où l'oblitération artérielle porte sur les petits vaisseaux : mais leur distribution segmentaire, leur prédominance aux extrémités avec diminution progressive vers la racine du membre, la suppression du pouls radial quand la sous-clavière ou l'axillaire sont en jeu, sont des signes si caractéristiques que toute confusion paraît impossible.

Lorsque la névralgie siègera à gauche, il faudra penser aux douleurs irradiées de l'angine de poitrine; à celles de l'anévrisme de la crosse de l'aorte si la névrite tend à s'étendre aux deux membres supérieurs; aux névralgies réflexes, signalées par quelques auteurs, névralgie brachiale, provoquée par une gastralgie ou survenue, brusquement, « le soir même », précise Rendu (1), à la suite d'une ponction d'un kyste du foie; aux algies centrales, « à zone douloureuse limitée et ne correspondant à aucun territoire anatomique ou physiologique » (Déjerine) (2); aux côtes cervicales, dont la radiographie démontra la non-existence, du moins chez ceux de nos malades qui furent soumis à cet examen.

Il faudra songer surtout et enfin — car toute la pathologie interne et externe menace de défiler à la barre — à la prédominance, à une sorte de concentration transitoire des phénomènes poly-névritiques sur l'un des deux membres supérieurs, à la présence de tumeurs, anévrismes ou adénopathies cancéreuses,

(1) Rendu. *Rev. de Méd.*, Paris, 1866, p. 747.

(2) Déjerine. *Séméiologie du système nerveux.*

tuberculeuses, dans la région sus-claviculaire, et *surtout* il faudra toujours regarder au sommet.

Pour nous, il n'est pas douteux que, dans certaines conditions: coque pleurale épaissie, terrain névropathique, forme fibreuse de la tuberculose, la pleurite du sommet puisse *directement*, par altération *in situ* des filets du dôme pleural, filets émanant du plexus brachial ou *indirectement*, par l'intermédiaire de l'adéno-pathie sus et sous-claviculaire ou encore par les deux modes réunis... il n'est pas douteux que la pleurite du sommet soit l'une des causes de la névralgie unilatérale du membre supérieur.



CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Pour être valable, une théorie pathogénique doit évidemment s'appuyer sur des conclusions anatomo-cliniques et physiologiques. Toute autre base est précaire : la théorie qui rejoint l'hypothèse se discrédite d'emblée.

N'ayant pas eu le bénéfice de nécropsies opportunes ni les éléments d'une expérimentation adéquate, la circonspection s'impose avec la brièveté.

Aux troubles nerveux signalés, au cours de la tuberculose, par Beau et ses continuateurs — sans remonter à Hippocrate ou à Cotugno — Leudet assignait, vers 1870, une *origine vaso-motrice* ; il proposait d'y voir l'effet de congestions intra-thoraciques, survenant à la suite de la gêne circulatoire réalisée par une intervention des centres sur les vaso-moteurs. A la question du « comment », l'auteur répondait d'ailleurs : « C'est ce que je ne saurais dire. » (1). Quelques années plus tard, Perroud lança une autre formule : *l'action réflexe*. Par suite de l'hyper-excitabilité de la moelle — consécutive aux modifications de la composition chimique du sang chez les tuberculeux — les incitations parties du poumon par la voie du pneumogastrique ou celle du des plexus pulmonaires, se réfléchiraient sur les nerfs mixtes ; d'où douleurs, troubles moteurs et trophiques (2). Etrange réflexe qui produirait de tels phénomènes et pendant des mois !

Avec Joffroy (3) s'ouvrit une phase nouvelle où les névrites périphériques allaient être étudiées scientifiquement ; il semble que le mémoire de Pitres et Vaillard (1886), les rapports de Marie, de Babinski (1894), marquent la fin d'une autre étape :

(1) Leudet. Archives de médecine, 1864.

(2) Perroud. Lyon Médical, 1872.

(3) Joffroy. Névrite parenchymateuse spontanée. Arch. de physiol., 1879, p. 186.

l'autonomie des névrites périphériques sera encore discutée, mais une formule pathogénique s'affirme et se précise, à laquelle était réservé le plus large succès : *la théorie toxique*, que nous pourrions résumer ainsi : Les toxines microbiennes déterminent sur les fibres des nerfs périphériques des lésions locales, superficielles ou profondes, susceptibles de provoquer à distance ou par dégénération rétrograde des altérations du corps cellulaire desquels elles dépendent. Douleurs, parésie, amyotrophie sont autant de témoignages, de preuves du contact des nerfs — en un point de leur parcours, peut-être au niveau de l'étranglement annulaire (Pitres) — avec les substances pathogènes, charriées par les humeurs.

Cette théorie rend compte de la symptomatologie des polynévrites, tuberculeuses ou autres; convient-elle également et sans aucune réserve aux quelques exemples de la névralgie que nous avons étudiée ? Si celle-ci n'est qu'un épisode de la polynévrite tuberculeuse — et elle l'est certainement quelquefois — alors plus d'objection. En est-il toujours ainsi ? Ses caractères, certaines particularités de son évolution (récidives avec retour de phénomènes superposables) n'impliquent-ils pas l'intervention d'un autre facteur ?

Je ne sais si c'est de ce déficit qu'est née la *théorie mécanique*. « Il est certain, écrivait Marfan, que les troubles nerveux du plexus brachial sont dûs à la compression de ses rameaux par des ganglions dans les régions claviculaires et axillaires. » (1). Conclusion qui ressort du fait signalé, à la suite de son observation. A un certain moment, son jeune malade avait vu ses douleurs disparaître et ce fut au moment où la sub-luxation de la clavicule s'était produite, à l'extrémité interne. Décompression égalant cessation de souffrance, la conclusion s'imposait.

L'observation de Clerc, Didier et Borrie (2) est non moins suggestive : il s'agit d'un soldat, qui se plaint de douleurs à l'épaule et dans le bras gauches. Santé parfaite, sans antécédents. La région sus-claviculaire est tuméfiée, et comme bridée en son

(1) Marfan. Adénopathies sus-claviculaires consécutives à la tuberculose. « Bulletin Médical », 2 mai 1900.

(2) « Progrès Médical », 1917, p. 131.

milieu par une formation fibreuse : tout le membre supérieur est parésié. Hémianesthésie de tout le côté gauche. Pas de troubles trophiques. La radiographie permet de constater une tige osseuse correspondant à une première côte atrophiée. L'opération amène la guérison radicale. N'y a-t-il pas dans ce fait un argument en faveur de la théorie mécanique ?

Cette formule soulève cependant quelques objections. Quoique l'adénopathie soit évidente des deux côtés et paraisse sensiblement égale, les troubles nerveux se localisent ou prédominent sur un seul côté. De plus, elle subsiste, alors que les douleurs s'atténuent avec la parésie. La névralgie, enfin, déroule ses divers symptômes quoiqu'il n'y ait aucune trace de ganglion. Autant de questions à résoudre, autant de raisons de reprendre cette étude et de poursuivre les recherches.

Weill proposait une autre explication : *la théorie fonctionnelle*, la psychalgie, cause d'atrophie musculaire, fût-elle légère, n'est-ce pas un peu téméraire ? Passe encore, quand il n'y a pas d'autres signes que la douleur : invoquer l'hystérie, c'est légitimer et c'est une rubrique d'attente. Mais ici il y a plus que l'algie.

Combien plus judicieuse la réserve de Léri et de Teyssieu (1) concluant tout simplement : « L'épaississement du diaphragme cervico-thoracique qui englobait dans une même masse dure : teuillets pleuraux, ganglions crétacés, vaisseaux et nerfs de la région sus-claviculaire, nous paraît avoir certainement joué un rôle dans le développement de ces parésies. »

Joué un rôle ! Nous le pensons aussi, mais quel rôle ? Qui sait si l'irritation locale, par les ganglions ou par l'épaississement de la plèvre — suffisante parfois pour provoquer les désordres névritiques, ne préparerait pas, dans d'autres cas, la localisation de la toxine tuberculeuse, sur un des points d'élection des fibres du plexus brachial. Encore une hypothèse—qu'on l'excuse — elle est d'un débutant !



(1) Loc. cit

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LEGALES

Ces accidents évoluant sans laisser de traces appréciables ne semblent pas devoir intéresser la médecine légale.

Insuffisants pour servir de base à une revendication de pension ou d'indemnité, ils ne peuvent être appelés à entrer en ligne de compte qu'à l'occasion de la loi des pensions militaires.

Qu'ils accompagnent un état de bacillose déjà visé par la loi et indemnisé comme tel, qu'ils soient le seul trouble morbide allégué comme titre à pension, à cause de l'allure discrète des phénomènes pulmonaires, la notion de leur évolution devra guider l'expert : ce dernier ne devra prononcer qu'une réforme temporaire, avec une invalidité de 10 à 15 pour cent par an, maximum.

La connaissance de la relation de ces troubles avec la tuberculose est utile : elle permettra de ne pas rejeter *a priori*, une demande de soins gratuits pour des affections en apparence disparates.



CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Il n'y a pas de thérapeutique spécifique de la névralgie du membre supérieur.

La médication devra s'efforcer de remplir un double but : améliorer l'état local, traiter l'état général.

La douleur sera combattue par les moyens habituels : des agents chimiques, aspirine, salicylate de soude, et leurs dérivés, frictions médicamenteuses, injections sous-cutanées de morphine, de cocaïne; des agents physiques : ventouses, pointes de feu, massage, air chaud, lumière, courants de haute fréquence.

Contre l'amyotrophie et les troubles trophiques, le massage, l'électricité sous forme de bain galvanique, pourront être efficaces; ce traitement sera fait en dehors des paroxysmes douloureux.

Contre l'affection causale, l'on appliquera le traitement des tuberculoses torpides; l'on s'adressera surtout aux sels minéraux, aux stimulants de l'état général et de l'appétit et l'on prescrira une hygiène rigoureuse, de règle en pareil cas. Les arsenicaux seront prescrits avec beaucoup de prudence.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet s'accompagne parfois de troubles nerveux unilatéraux dans la région de l'épaule et du membre supérieur et que nous désignerons sous le nom de : névralgie unilatérale du membre supérieur des tuberculeux.

II. — Les symptômes sensitifs et moteurs consistent, les premiers en douleurs continues avec paroxysmes, sans troubles de la sensibilité objective, les seconds en parésie légère frappant rarement tous les muscles, avec hypo-excitabilité électrique, sans réaction de dégénérescence. La distribution de ces symptômes ne concorde pas avec la topographie radiculaire du plexus brachial. Les réflexes sont en général conservés. Le syndrome oculo-sympathique n'existe qu'à l'état d'ébauche chez un petit nombre de sujets.

III. — Les creux sus et sous-claviculaires sont comblés : on note une voussure, tantôt souple, tantôt dure à la palpation. Ce fait n'est pas constant.

IV. — La pleurite du sommet se révèle par ses signes habituels, confirmés, dans plusieurs cas, par la radioscopie ou la radiographie.

V. — Le diagnostic différentiel s'inspirera du fait de l'association fréquente des trois ordres de symptômes : troubles nerveux, adénopathie sus et sous-claviculaire, signes de tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet; de leur localisation sur le membre supérieur du même côté. Si les deux sommets sont intéressés, la névralgie domine du côté le plus atteint.

VI. — La pathogénie est incertaine. Ces troubles ne relèvent ni de stases veineuses au niveau des plexus vertébraux par congestions intra-thoraciques (théorie de Leudet), ni d'une

action réflexe (théorie de Perroud), ni, du moins sans réserves, de l'action des produits microbiens sur les nerfs périphériques (théorie toxique), ni, exclusivement, de la compression ou des tiraillements du plexus brachial par les modifications pathologiques des ganglions ou par la poly-adénite de la région sus et sous-claviculaire (théorie mécanique), ni de l'hystérie (théorie fonctionnelle).

VII. — Une théorie mixte rendrait mieux compte de l'unilatéralité de cette névralgie, de son évolution par poussées successives, de ses périodes de silence.

Les altérations locales des nerfs, par compression due aux ganglions sus et sous-claviculaires, ou des extrémités des filets nerveux du dôme pleural, par irritation due à l'épaississement de la plèvre, altérations desquelles relève uniquement parfois la névralgie, pourraient être considérées comme préparant l'action ultérieure des produits microbiens sur les troncs primaires du plexus brachial et sur ses branches terminales.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président de la Thèse,
D^r Henri VERGER.

VU :
Le Doyen,
D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 30 Juin 1921.
Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTIÉ. — Contribution à l'étude de la névrite amyotrophique dans la tuberculose. Thèse de Paris, 1898.
- ATHANASIO-BÉNISTY (M^{me}). — Formes cliniques des lésions des nerfs. Paris, 1918.
- BALLET. — Monoplégie brachiale H. *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 1890.
- BOMPAR. — Des atrophies musculaires du membre supérieur et de l'épaule dans la tuberculose. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1887.
- CARRIÈRE. — Troubles nerveux périphériques au cours de la tuberculose pulmonaire. Thèse de Bordeaux, 1894.
- COUVREUR (A.). — Adénopathie cervicale tuberculeuse. Thèse de Paris, 1892.
- DREYFOUS. — Des névralgies chez les tuberculeux. *France médicale*, 1884, p. 784.
- DUBREUIL. — Névrite périphérique généralisée chez un tuberculeux. *Gaz. hebd. des Sc. méd. Bordeaux*, 1887.
- DUVAL et GUILLAIN. — Paralysies du plexus brachial.
- JOFFROY. — Névrite parenchymateuse spontanée. *Arch. de physiologie*, 1879.
- LAMY. — Traité de médecine, t. IV. Maladies du système nerveux.
- LÉRI. — La radiculité cervico-brachiale simple ou rhumatismale. *Rev. de méd. de Paris*, mars 1916.
- LÉRI et DE TEYSSIEU. — Les parésies douloureuses du plexus brachial dans la tuberculose pleuro-pulmonaire du sommet. *Bull et Mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 1918.
- LEUDET. — Etude clinique des troubles nerveux périphériques. *Arch. génér. Méd.*, 1864, vol. I, p. 150.



OBSERVATION I



OBSERVATION II

- LONG et ROCH. — Quelques formes de névrites des membres supérieurs. *Revue méd. de Suisse rom.*, Genève, 1909, p. 584.
- MARFAN. — Adénopathies sus-claviculaires consécutives à la tuberculose. *Bulletin médical*, 2 mai 1900.
- PETER. — Leçons de clinique médicale, t. II.
- PITRES. — Etudes sur les blessures des nerfs périphériques. Bordeaux, 1920.
- PITRES et VAILLARD. — Contribution à l'étude des névrites périphériques non traumatiques. *Rev. de méd. Paris*, 1886.
- PERROUD. — De quelques phénomènes nerveux au cours de la tuberculose pulmonaire. *Lyon médical*, 1872, t. I, p. 6.
- RAYMOND. — Propathies révélatrices de la tuberculose pulmonaire. *Progrès médical*, Paris, 1917.
- RENDU. — Paralysie radiculaire du plexus brachial. *Revue de médecine*, Paris, 1886.
- SÉBILLEAU. — L'appareil suspenseur de la plèvre. Thèse de Paris, 1891.
- TESTUT. — Anatomie descriptive, t. IV, p. 445 et 473.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique, t. I, région sus-claviculaire, p. 665.
- TINEL. — Les blessures des nerfs. Paris, 1916.
- VALLEIX. — Traité des névralgies. Paris, 1841.
- VERGER (H.). — Congrès des aliénistes et neurologistes de Dijon, 1908.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les Faits.</i>	12
CHAPITRE II. — <i>Le Creux sus-claviculaire. Plexus brachial et dôme pleural.</i>	27
CHAPITRE III. — <i>Etude Clinique.</i>	31
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic.</i>	39
CHAPITRE V. — <i>Pathogénie.</i>	45
CHAPITRE VI. — <i>Considérations médico-légales.</i>	48
CHAPITRE VII. — <i>Traitement.</i>	49
CONCLUSIONS	50
BIBLIOGRAPHIE	52

Imprimerie
SAMIE FILS FRÈRES
BORDEAUX

